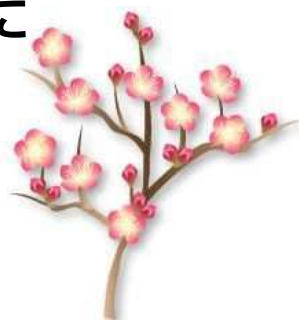


令和6年度・令和7年度（案）南薩保健医療圏域入退院調整ルールの実施スケジュール

年度	令和5年度	令和6年度					令和7年度 (案)
テーマ	入退院支援がなかったために困ったことになった患者さんや家族がいます。 そのような事例を1例でもなくすために、退院調整ルールを活用しましょう。						
医療関係	1月18日 医療・介護合同会議 （医療機関・ケアマネ・市）	8月23日 企画運営会議① （医療機関代表・ケアマネ代表含む）	9月 退院調整状況確認アンケート調査	12月5日 企画運営会議② （医療機関代表・ケアマネ代表含む）	2月7日 医療・介護合同会議 （医療機関・ケアマネ・市）	3月 会議報告 書面（市・振興局）	7月 企画運営会議 （医療機関代表・ケアマネ代表含む）
介護関係 （居宅介護支援事業所・小規模多機能居宅介護事業所・地域包括支援センター）							
市	○各市の介護支援専門員（居宅等・包括）の調査実施、とりまとめ ○介護支援専門員への会議開催通知（振興局から市を経由して通知） ○会議出席、グループワークのサポート						
南薩地域振興局	○管内医療機関（病院・有床診療所）の調査実施、とりまとめ ○介護支援専門員の調査とりまとめ ○医療機関・介護支援専門員への会議開催通知、出欠とりまとめ ○会議進行・企画・運営						

退院支援がなかったために、困ったことになった患者さんや家族がいます。
そのような事例を1例でもなくすために、みんなで参加して「入退院調整ルール」を活用しています。

本人や家族への周知も地道に継続していきましょう！



「南薩保健医療圏域入退院調整ルール」

運用後6年半にかかる

介護支援専門員運用実態調査報告

参加医療機関運用実態調査報告

(令和6年9月分調査)

3

《調査時期：令和6年9月》

■ ケアマネ対象アンケート調査

対象事業所数：66か所

回答事業所数：65か所

回答率：98.5%

回答ケアマネ数：202人

※退院者数173人，入院者数175人

※居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所



■ 参加医療機関アンケート調査

医療機関数：40か所(病院 28か所，有床診療所 12か所)

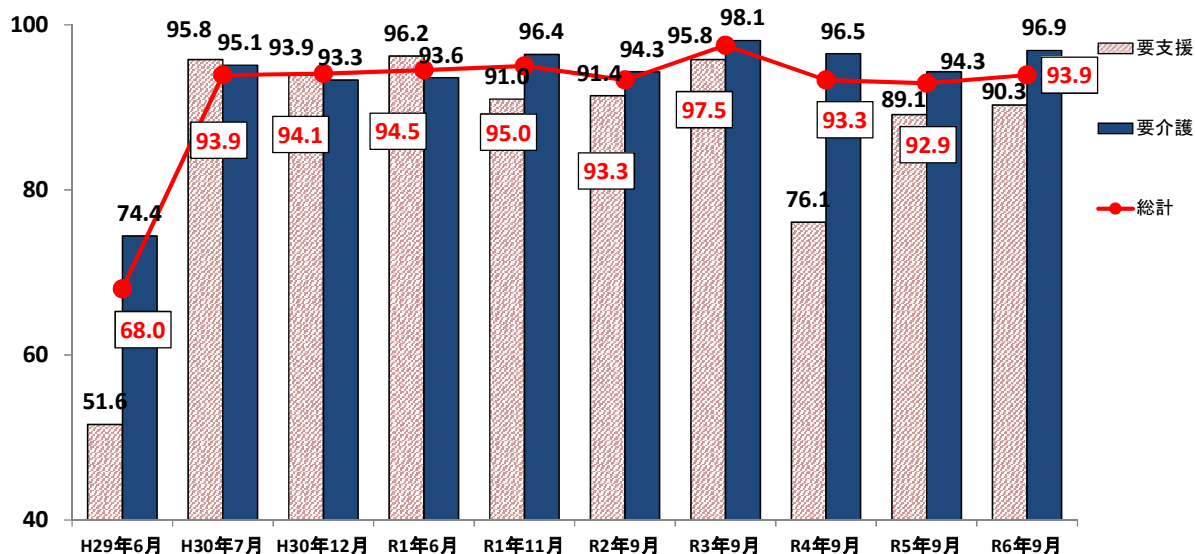
回答機関数：40か所

回答率：100.0%



4

入院時情報提供ありの推移



※総計は、事業対象者・申請中も含む
入院総数 198人に対する比率

N=198

5

入院時情報提供ありの割合(市別)

	(件)		(%)		
	入院あり	引継あり	全体の引継ぎ率	要支援の引継ぎ率	要介護の引継ぎ率
枕崎市	32	30	93.8	85.7	95.8
指宿市	64	59	92.2	90.5	97.6
南さつま市	53	50	94.3	90.0	96.9
南九州市	49	47	95.9	92.9	97.0
計	198	186	93.9	90.3	96.9

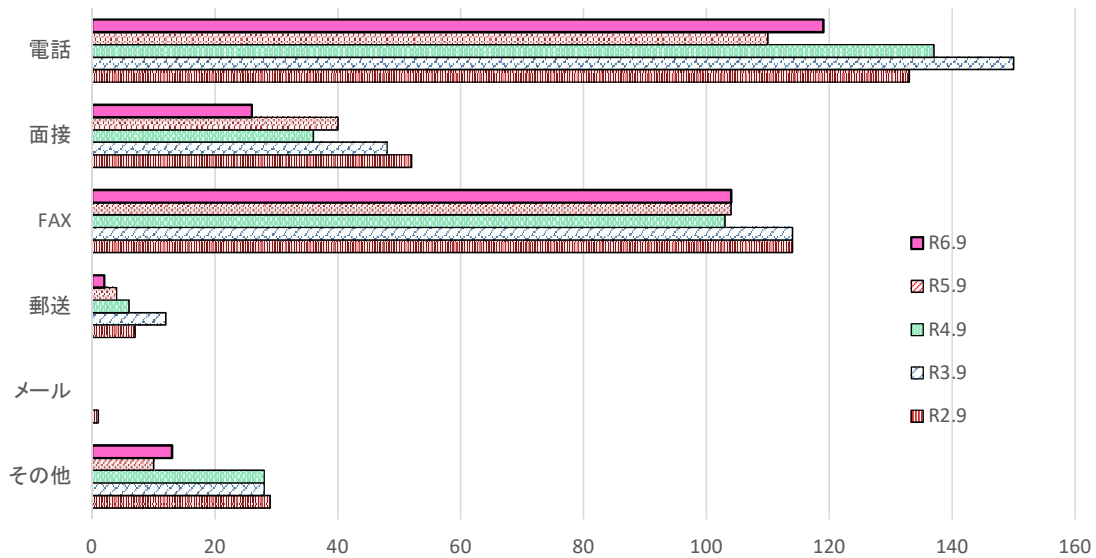
N=198

※ 南薩地域振興局内では、入院時の引継ぎ率 **93.9%**

6

入院時情報提供ありの連携方法（複数回答）

介護支援専門員 → 医療機関 への情報提供



※入院総数198人

※令和2年度から面接の割合が半減し、電話・FAXが増加している

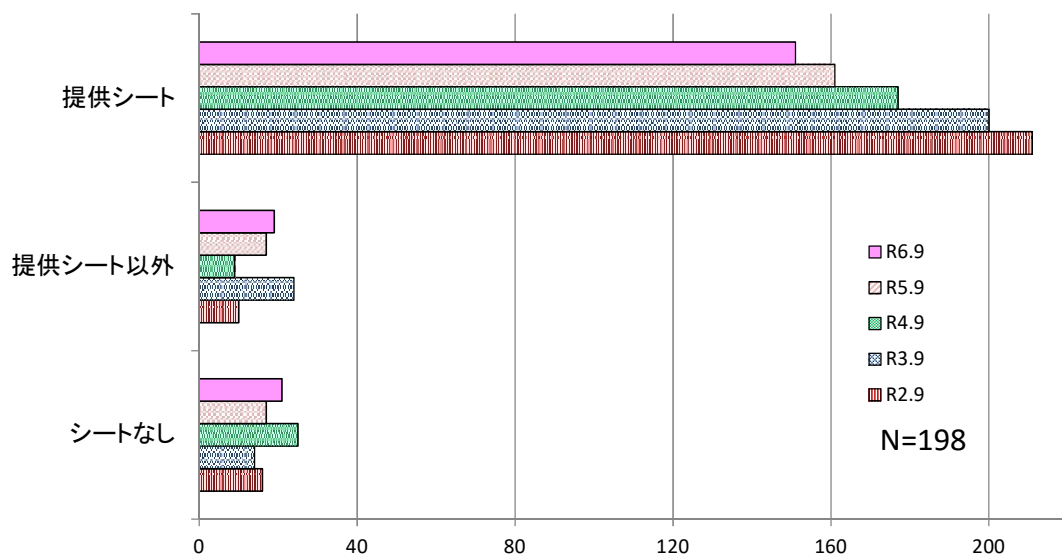
※その他：病院訪問、持参、配達、家族に渡す、手渡しなど

※平成30年12月調査分から調査項目に「その他」を追加

7

入院時情報提供ありの連携方法（複数回答）

介護支援専門員 → 医療機関 への情報提供



※ 入院総数198人

「シートなし」（21人）の状況

連携方法・・・書面、訪問、持参

8

入院時に情報提供のため連絡した時期

(介護支援専門員 → 医療機関 への情報提供)

	令和2年 9月調査	令和3年 9月調査	令和4年 9月調査	令和5年 9月調査	令和6年 9月調査
3日以内	91.9%	94.3%	89.5%	82.6%	96.2%
最速	入院前 14日	入院前 7日	入院前 20日	入院前 17日	入院前 9日
最遅	入院後 17日	入院後 7日	入院後 30日	入院後 5日	入院後 10日

※令和6年9月調査では、入院4日以降が約4%、最遅日が10日となっている。

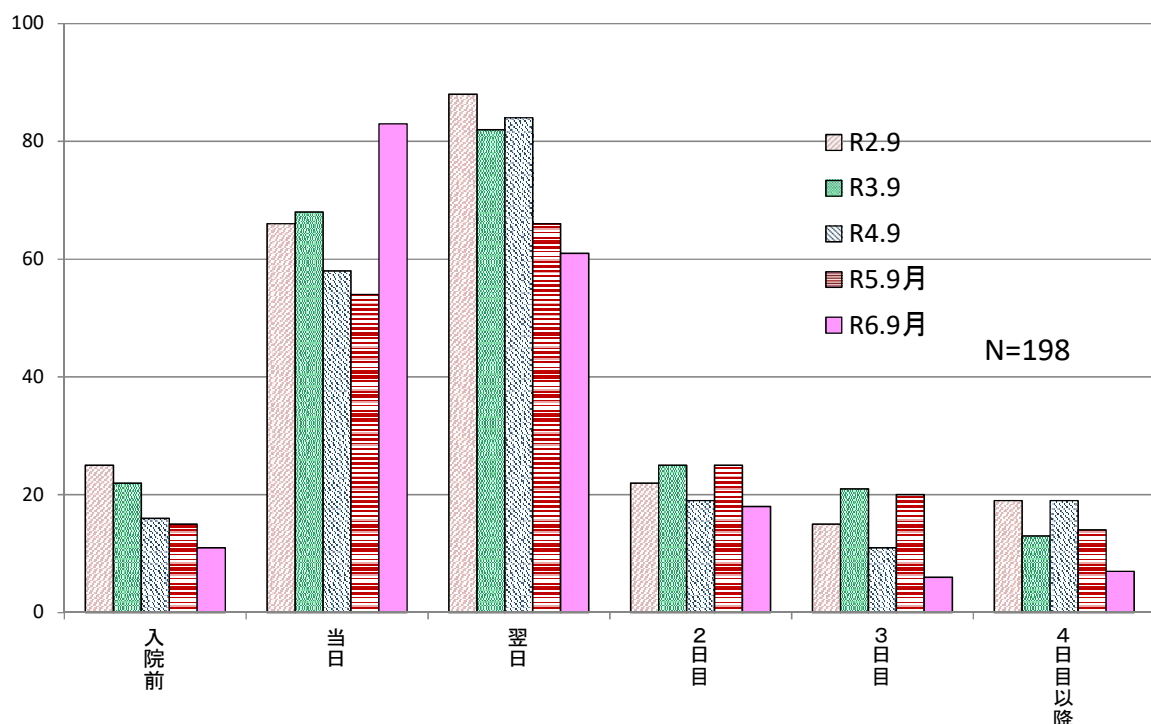
※入退院調整ルールでは、入院後3日以内の情報提供を目安としている。

※平成30年12月調査分から調査項目に「入院前」を追加

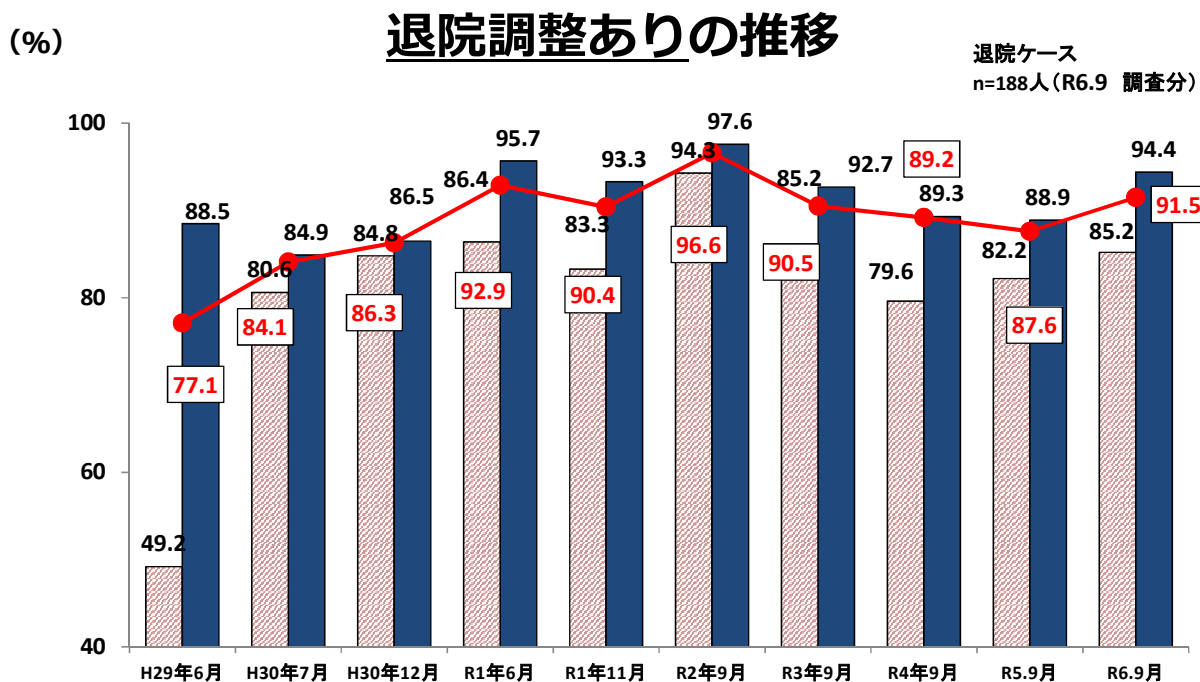
9

入院時に情報提供のため連絡した時期

(介護支援専門員 → 医療機関 への情報提供)



10



※退院総数188人、昨年より調整率4.3ポイント増加

※R2年度は、介護支援専門員 → 医療機関 への連絡 4件も含む

11

退院時調整ありの割合(市別)

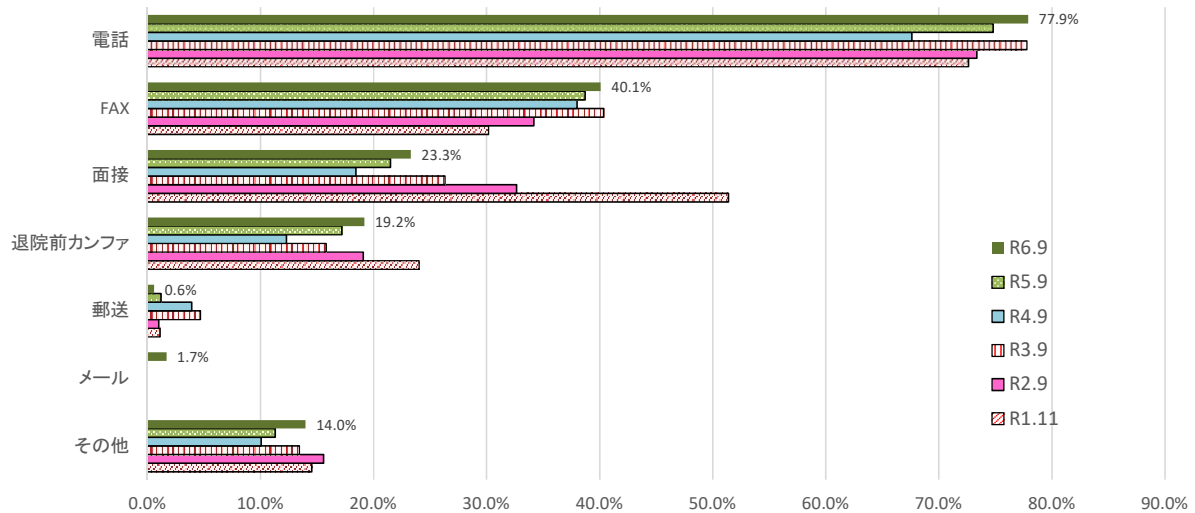
	(件)		(%)	要支援・要介護の調整あり率 (%)	
	退院あり	調整あり	調整あり率	要支援	要介護
枕崎市	37	36	97.3	87.5	100
指宿市	56	51	91.1	76.9	95.2
南さつま市	49	41	83.7	76.5	87.1
南九州市	46	44	95.7	100	96.4
計	188	172	91.5	85.2	94.4

N=188

退院調整ありの連携方法（複数回答）

医療機関 → 介護支援専門員 への情報提供

n=188 (R6.9調査分)



※退院人数188人

※平成30年12月調査分から調査項目に「その他」を追加

※その他: 家族手渡し, 持参, 家屋調査, 本人など

※令和2年度から面接の割合が減少し, 電話・FAXが増加している

※退院カンファレンスの割合が増加している

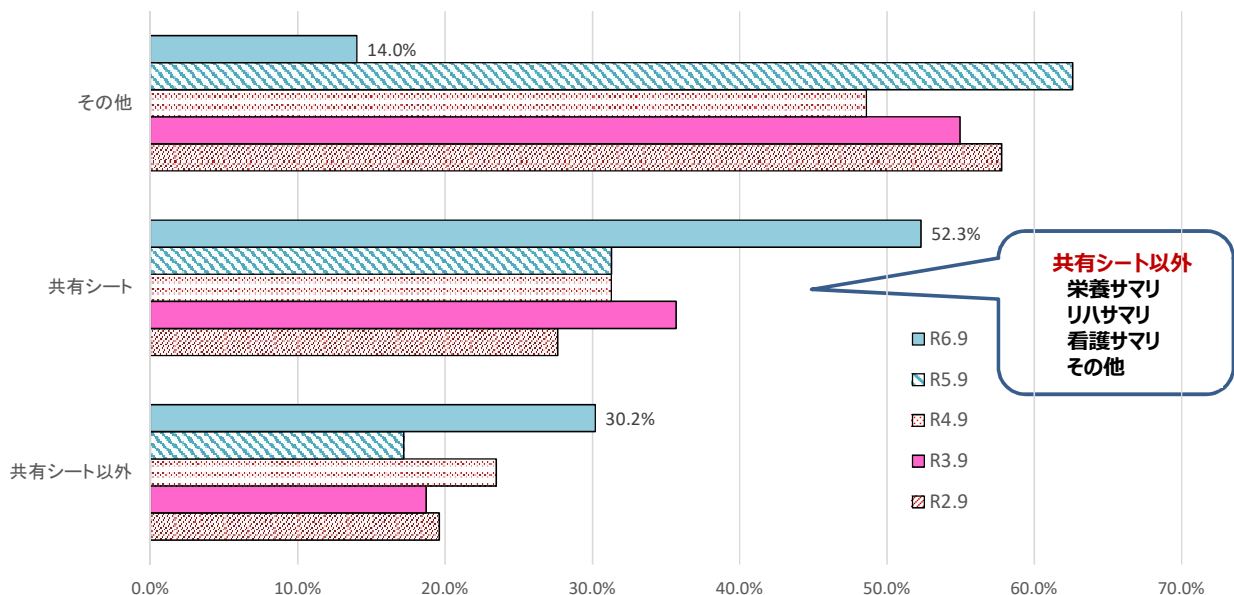
※R2.9分は、介護支援専門員→医療機関 への連絡も4件含む

13

退院調整ありの連携方法（複数回答）

医療機関 → 介護支援専門員 への情報提供

退院人数 n=188
(R6.9調査分)



※退院人数188人

※R2.9分は、介護支援専門員→医療機関 への連絡も4件含む

14

退院前の情報共有のため連絡が来た時期

医療機関 → 介護支援専門員 への情報提供

R2年度は、介護支援専門員 → 医療機関 への連絡した4件も含む

	令和2年 9月調査	令和3年 9月調査	令和4年 9月調査	令和5年 9月調査	令和6年 9月調査
7日以上前	36.7%	31.0%	32.9%	34.4%	50.3%
最速	90日前	35日前	50日前	34日前	60日前
最遅	退院後 4日	退院後 3日	退院後 30日	退院後 7日	退院後 5日

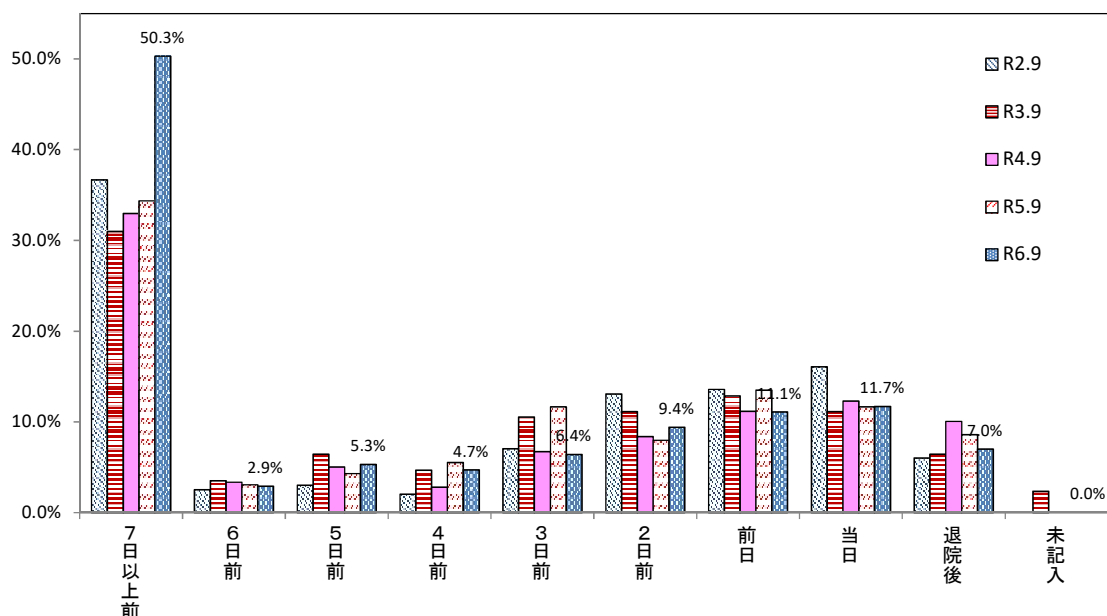
※入退院調整ルールでは、退院7日以上前の情報共有を目安としている。
今回7日以上前が86件で最も割合が高く、5日後1件ありました。

15

退院前の情報共有のため連絡が来た時期

医療機関 → 介護支援専門員 への情報提供

退院数 n=188
(R6.9調査分)

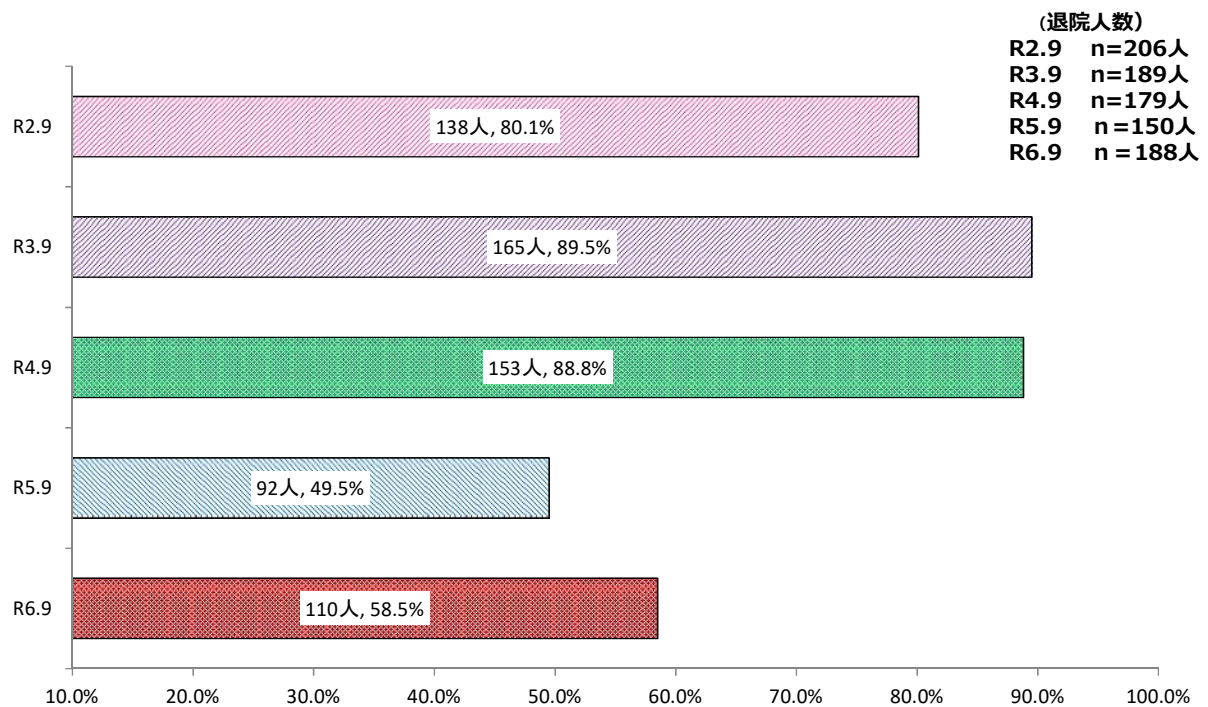


※R2年度は、介護支援専門員 → 医療機関 への連絡した4件も含む

16

<ケアマネ対象アンケート調査>

退院時情報のケアマネジメントへの活用状況



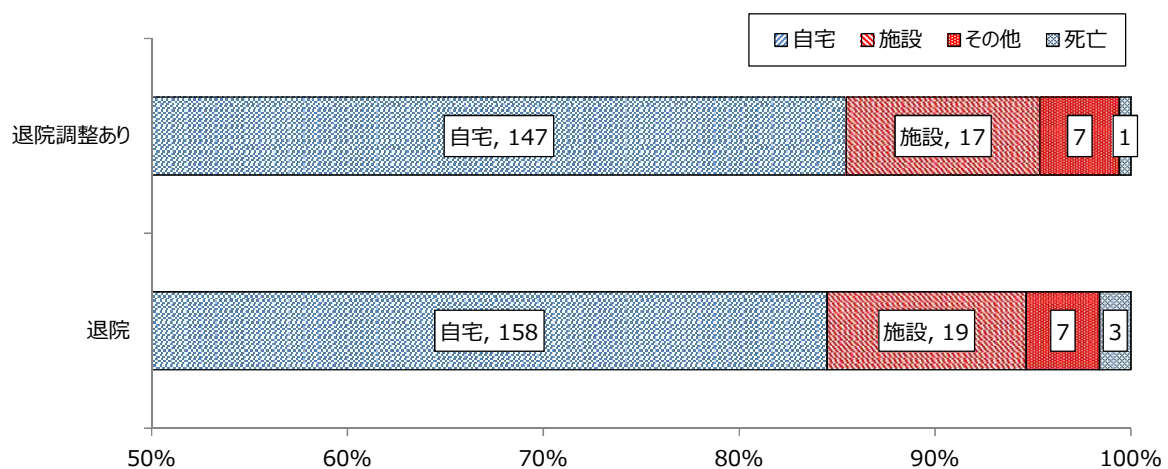
※R2年9月以降は、退院時情報も参考に検討し、ケアプランを変更しなかった場合も含む

17

<ケアマネ対象アンケート調査>

※退院先（転院・死亡等も含む） (R6年9月調査分)

N=188人



18

退院時に「連絡調整なし」の方の状況

9月の運用状況調査で「退院調整なし」で自宅退院となった方についての理由

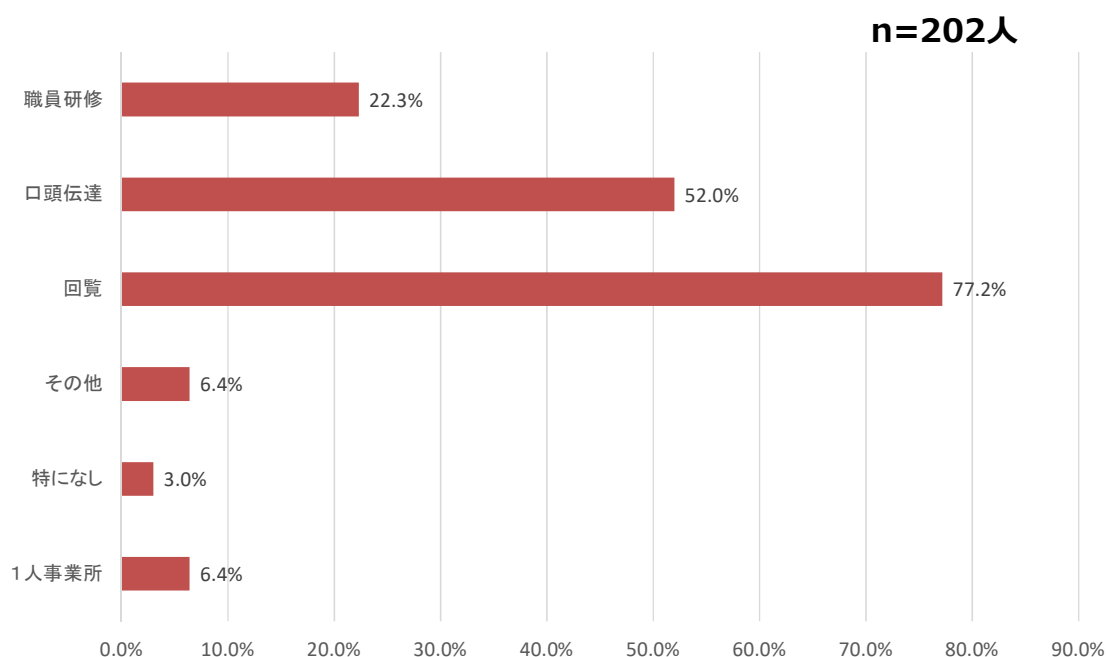
・状態変化なし	2人
・検査入院	1人
・情報ない為	1人
・ケアプラン変更なし	1人
・未回答	

※要支援から要介護に変更となった時や、初回認定の場合は、ケアプラン作成のために居宅介護支援事業所と契約を結び、ケアマネは利用者・家族と面談。関係機関と連絡をとってアセスメントを実施し、利用するサービスを提供する事業所を探し、ケアプラン（案）を作成します。介護保険サービス担当者会議を開催し、ケアプランを関係者で検討し、了承を得たら、介護サービス利用開始となります。このように介護サービス利用開始まで、時間を要しますので、退院前の連絡をよろしくお願いします。

19

<ケアマネ対象アンケート調査>

【職場での入退院調整ルールにかかる合同会議等内容の伝達状況】



20

勤務年数(介護支援専門員)

	0～5年	6～10年	11～15年	16～20年	21年以上	計
枕崎市	6	11	5	5	1	28
指宿市	31	11	7	4	4	57
南さつま市	30	16	6	5	2	59
南九州市	31	14	6	4	1	56
計	98 (49%)	52 (26%)	24 (12%)	18 (9%)	8 (4%)	200

※ 異動や配置転換もありますし、一概には言えませんが、勤務年数5年以下の方が約5割いらっしゃいます。

南薩保健医療圏域入退院調整ルールは、運用開始して6年半が経過します。

入退院調整ルールを周知し、継続してよりよく運用していくために、医療・介護合同会議でメンテナンスとモニタリングを行っています。

なお、入退院調整ルールは、南薩地域振興局のホームページに掲載してあります。

21

<医療機関対象アンケート調査>

医療機関への調査結果

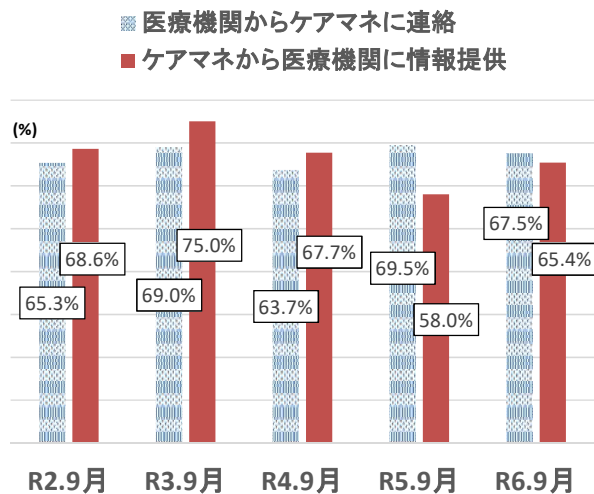
	医療機関数	回答機関数	回収率
参加医療機関	40か所	40か所	100%

※調査対象医療機関は、病院 29か所 有床診療所 11か所

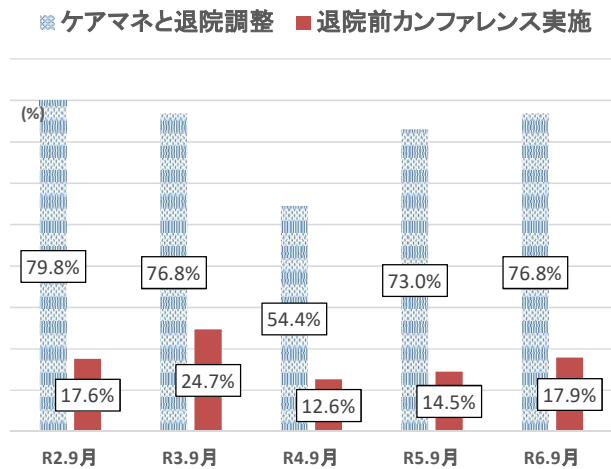
※未参加医療機関には、調査協力の依頼をしていません。

<医療機関対象アンケート調査>

※入院時の状況



※退院時の状況



N=40

※入院時の医療機関からケアマネへの連絡は微減しているが、ケアマネからの情報提供は昨年度に比べて増加している。

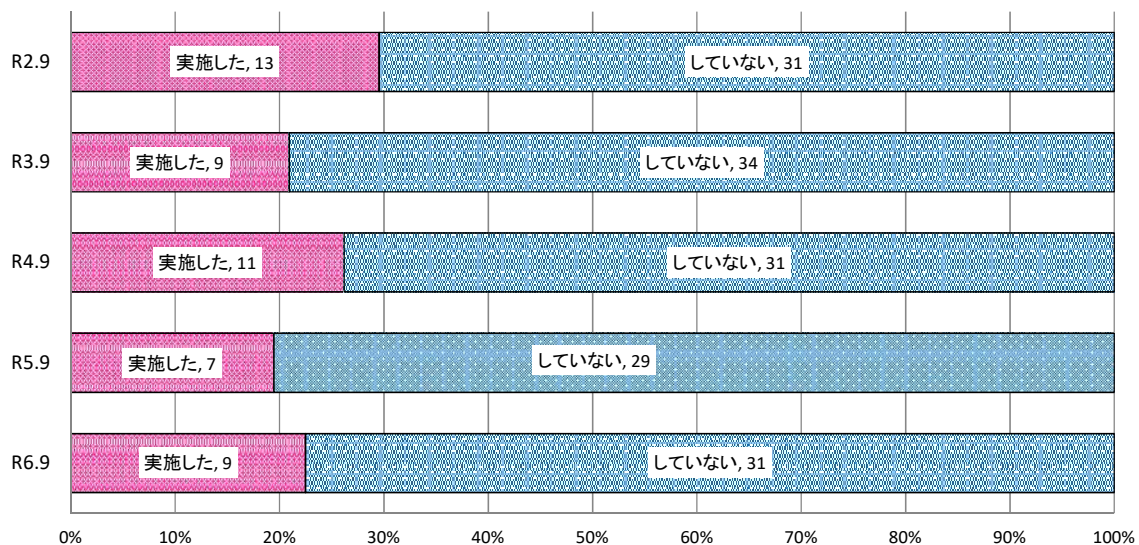
※退院前カンファレンスの実施件数は、感染症が落ち着いた影響なのか、増加傾向である。

23

<医療機関対象アンケート調査>

【入退院調整ルールに関する院内での研修状況】

R6 N=40



<アンケート調査票の質問内容>

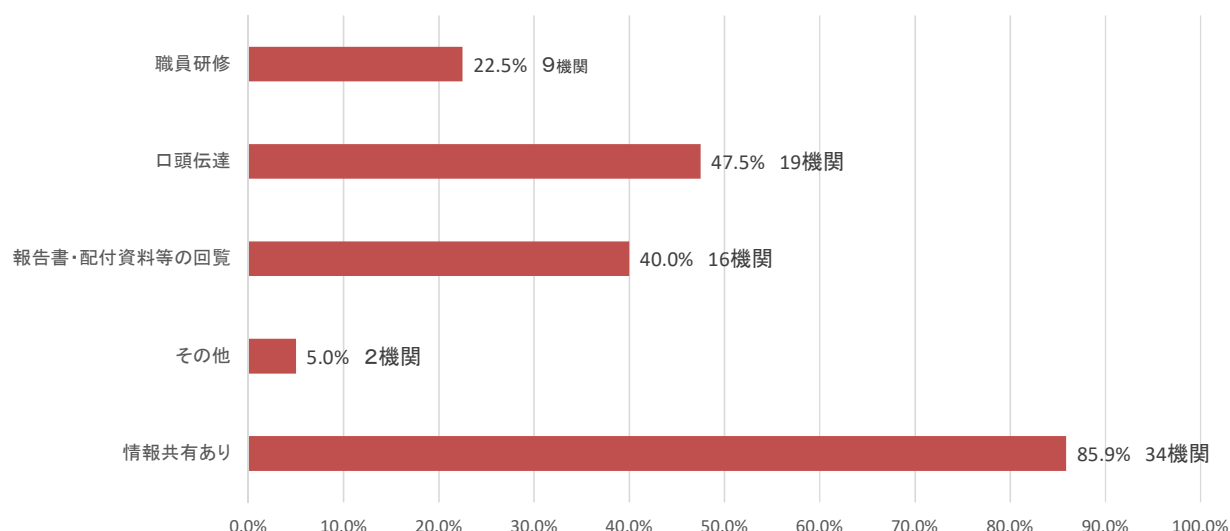
- ・令和2年9月…直近の研修の有無を尋ね令和元年9月以降に職員研修実施
- ・令和3年9月…直近の研修の有無を尋ね令和2年9月以降に職員研修実施
- ・令和4年9月…直近の研修の有無を尋ね令和3年9月以降に職員研修実施
- ・令和5年9月…直近の研修の有無を尋ね令和4年10月以降に職員研修実施
- ・令和6年9月…直近の研修の有無を尋ね令和6年1月以降に職員研修実施

24

<医療機関対象アンケート調査>

【職場での入退院調整ルールにかかる合同会議等内容の周知】

参加医療機関
n=40



※ 職員研修は、感染症の感染予防対策のため、集合形態での研修開催が難しくなっている。

25

(医療機関アンケートから抜粋) 入退院調整ルールの連携等について

<上手くいっている点>

- ・ 入院時に情報共有できていた際は、退院の方向性が立てやすく、退院後の情報共有がスムーズに行うことができた。
- ・ 入退院時は、担当ケアマネが早期に入院時情報提供書を届けてくださることで、患者・家族から情報収集が困難な時でも入院前の生活状況を把握することができ、助かっている。
- ・ 当院からも診断名や治療経過をケアマネに報告し、早期に退院に向けた検討事項を共有し、患者・家族の意向に沿った退院支援をすることができた。
- ・ シートがあると、退院後の生活をイメージして、確認しケアに役立てられる。

<上手くいかなかった点>

- ・ 入院、退院後の件で独居が厳しく施設対応になったため、ケアマネを通し対応・段取りを進めて欲しかったが、なかなか進まず対応してもらえなかった。
- ・ 院内及び院外において調整を行う際に、情報が共有できておらずに調整が難航したケースがあった。

26

(医療機関アンケートから抜粋) 院内連携で工夫していることなど

<院内連携>

- ・ 地域連携担当者不在時には、病棟Ns, 病棟退院支援Nsが対応し、地域連携室と連携してくれることで、スムーズな支援を実施できていると思う。
- ・ 院内職員(医師や看護師)の中には、病気にのみ焦点が合っており、患者の生活を考慮せずに自宅退院を決める事例が時折発生する(ADLが低下していても自宅退院など)ため、地域医療連携室が急いで対応することがある。

<工夫していること>

- ・ 週末など連絡を取りにくい時は連携もれがないよう、記載を確実にしている。
- ・ 情報提供シートをFAXでいただき、連携室や病棟にて情報共有ができています。
- ・ スタッフ全員が見てわかるように事業所名、連絡先、ケアマネの名前、介護保険を使っている人の一覧表を作成して、各場所に置いている。(キーパーソンの名前、連絡先まで)

27

(医療機関アンケートから抜粋) 課題やその他の意見

<課題>

- ・ 連携室担当者は運用前から参加(研修)できているので理解できているが、なかなか看護スタッフへの研修がとれておらず回覧だけになっている。
- ・ 介護認定やサービス状況の確認が、本人、家族からできない時、確認に手間取ることがある。
- ・ 担当者不在の休日の入院、退院などの時、連絡調整が遅れるケースがある。
- ・ 当院は連携室がないため他医療機関や施設とのやりとりで統一した情報共有ができていない点がある。

<その他のご意見>

- ・ 入退院時等の個別面談や電話、文書での連絡は行っているが、退院前カンファの実施は少ない為、連携のためにも実施数が増えるよう検討していきたい。

28

(ケアマネアンケートから抜粋) 医療機関との連携でうまくいっている点①

- ・ 提供シートを活用し、具体的な情報が必要な時など電話で確認している。
連携が良好で、医療から生活の場への移行が以前よりも本人、家族が安心されているように感じる。
- ・ 連携室と連絡を取り合い転院、再転院病状説明に同席し、退院後の支援を行ったケースあり。また、区分変更の訪問調査にも家族と共に同席し、ADL確認を行った。
- ・ 連携室ができてスムーズに入院中の状況や退院に向けても動くことができた。
カンファレンスにDrも参加してくださり、時間をかけて話をすることができた。
- ・ 動画によるリハビリや窓越しのリハビリの様子など退院前のカンファレンスを実施していただいている病院あり。

29

(ケアマネアンケートから抜粋) 医療機関との連携でうまくいっている点②

- ・ 退院前に家屋調査に同行させていただけるケースが多く、退院後の生活をイメージしやすく退院後のケアマネジメントに役立っている。
- ・ 南薩地区でのルール化が浸透し、早めの情報のやり取りができ、助かっている。
退院シートの記載内容についても、欲しい情報を事前に相談すれば対応してくださるので有難い。
- ・ 入院が長期の場合は、月に1回は必ず電話にて状況確認を行うようにしている。
家族とも連絡を取り、退院後の方向性を確認し、区分変更などが必要な場合は、居宅に打診し、区分変更をかける際に調整を行うようにしておく。

30

(ケアマネアンケートから抜粋) 連携に関する現状及び課題①

- ・ 大型連休中、連携室が休みで相談窓口不在の場合、連携が難しい。
- ・ 1人ケアマネのため、冠婚葬祭等外せない用事があり難しい時もある。
- ・ 連携室がなく、相談員が変わる場合、混乱するときがある。
- ・ 入院した時刻が休日夕方であれば、相談員も把握せず連絡はない。家族も入院対応で連絡が遅くなる。ケアマネから病院への連絡が多い。
- ・ 入院の連絡がこない時が多く、後日入院を把握してから病院に連絡すると「ケアマネがついていないと思っていた」と言われた。退院時連絡を入れるとのことであったが、連絡が来ず、別件で連絡した際に確認すると既に退院されていた。

31

(ケアマネアンケートから抜粋) 連携に関する現状及び課題②

- ・ 入院時のシートを情報提供するが、全く活用されていないと思うことがしばしばある。
- ・ 入院中の経過（ADL）を確認するため、サマリー等を書面で情報提供して欲しい旨伝えるが対応してもらえず、電話や面会時の口頭での確認のみとなり、家族へ状況を理解してもらう為の説明がしづらい。
- ・ 退院間近になってからの連絡や既に退院が決まって福祉用具住改の話がある程度決まっていることがある。頂いた情報と実際の状況が異なっていることがある。
- ・ 感染症予防のため仕方がないが、家族の面談が禁止であったり、ケアマネも退院直前でないと面談できないことがある。相談員や看護師との電話のやり取りだけでは状態把握が難しく、退院後の生活を不安に感じることがある。

32

(ケアマネアンケートから抜粋) その他のご意見

- ・ 情報共有シートだけでは把握しづらいと感じる。空白やチェックもれのあるシートもある。誰のための入退院調整なのかとってしまう。
- ・ 退院時情報提供は特記事項の記載がない場合が多い。例えば、入院中の様子など簡単でいいので記載が欲しいところ。
- ・ 現状のコロナ対応やBCDの現状、転院後の情報を確認できると助かる。
- ・ 退院の生活環境に対して、退院前に自宅訪問指導が受けられることで、今後の在宅生活(環境)が整えられる。
- ・ 連携シートもただ返せば良いというような所も感じられる。リハビリの情報などケアマネサイドから要望しても良いでしょうか。